

Diferencias de género en el VIH/sida

Inés García-Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género. Granada. España.

Correspondencia: Inés García-Sánchez. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18080 Granada. España.

Correo electrónico: ines.garcia.easp@juntadeandalucia.es

Recibido: 30 de septiembre de 2003.

Aceptado: 27 de noviembre de 2003.

(Gender differences in HIV/AIDS)

Resumen

Las mujeres han de hacer frente a una serie de factores adicionales de riesgo a la infección, que les supone estar en situación de desventaja, respecto a los hombres, frente a esta enfermedad. Entre ellos figuran la dependencia económica respecto a su pareja; las dificultades para acceder a una información fiable sobre la infección; las dificultades de acceso a la prevención, la prueba diagnóstica y el asesoramiento; la marginación, la discriminación y la violencia de género. El creciente aumento de la epidemia en las mujeres es una demostración de estos hechos, que avala la necesidad de garantizar unas condiciones jurídicas, institucionales, sociales y económicas que permitan actuar frente a estos factores de desigualdad.

El artículo revisa los factores biológicos y sociales que influyen en la vulnerabilidad a la infección en hombres y mujeres, las diferencias de género relacionados con la enfermedad en el ámbito de los servicios sanitarios y las diferencias de género en las iniciativas para la prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida.

Se toma como referencia la situación en Europa y Estados Unidos, pero se centra en España para el desarrollo del trabajo.

Palabras clave: Sida. VIH. Susceptibilidad. Género.

Abstract

Women currently have to face a series of additional risk factors for HIV infection, which place them at a disadvantage compared with men. These factors include economic dependence on their partners, difficulties in gaining access to accurate information on infection, prevention, diagnostic tests and counseling, gender violence, and discrimination. These difficulties are demonstrated by the growing epidemic in women, which illustrates the need to guarantee the legal, institutional, social and economic conditions that would enable action to be taken against these factors of inequality.

The present article reviews the biological and social factors that influence susceptibility to infection in men and women, gender differences related to health services attendance and disease, and HIV/AIDS preventive measures from a gender perspective.

The situation in Europe and the USA has been taken as a reference, although the article is mainly focused on Spain.

Key words: AIDS. HIV. Susceptibility. Gender.

Introducción y justificación

Desde el comienzo de la epidemia, casi 70 millones de personas se han infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y se estima que actualmente en el mundo al menos 42 millones son portadores del VIH/sida¹. Globalmente, la epidemia es masculina; hay más hombres que mujeres afectados. Según las estimaciones de ONU-SIDA, entre los adultos de 15-49 años de edad que tenían VIH/sida a finales de 2001, 18,5 millones son mujeres. En ese año hubo 5 millones de nuevas infecciones y murieron 3 millones de personas. De éstas, 1,3 millones fueron hombres, 1,1 millones, mujeres y 580.000 menores de 15 años^{1,2}.

De momento, no existe cura para esta enfermedad y la lucha fundamental contra la epidemia sigue siendo la prevención, el respaldo político para hacerle frente y la defensa de los derechos humanos.

A pesar de las mayores y peores consecuencias de la epidemia para los países pobres, el VIH/sida sigue siendo una amenaza para los países occidentales, donde en 2001 hubo 75.000 nuevas infecciones y 1,5 millones de personas eran portadoras del VIH/sida. En ellas la epidemia es resultado de un sinnúmero de circunstancias que difieren en la vía de transmisión, la población afectada y su magnitud¹⁻³.

Con un patrón de transmisión fundamentalmente ligado durante años a las personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP) en países como Espa-

ña y Portugal o a las relaciones sexuales de hombres homosexuales en Estados Unidos, se están observando cambios fundamentales en los últimos años, entre otros el de una creciente afección en las mujeres¹⁻⁴.

En España, la epidemia muestra una tendencia favorable, caracterizada por la disminución de casos de sida y de infecciones por el VIH; una mayor supervivencia de las personas afectadas gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretroviral y el aumento en el porcentaje de la transmisión por contacto heterosexual^{3,5}. En estos momentos se estima que puede haber entre 120.000 y 150.000 personas portadoras del VIH/sida y en la cuarta parte de ellas la enfermedad aún está sin diagnosticar^{6,7}. La relación varón/mujer es de 4 a 1. Del total de casos, del 20 al 30% se han contagiado por vía heterosexual. Durante el año 2001, en el 40% de los casos de sida en mujeres el contagio fue por vía heterosexual^{3,5-7}.

Los roles sexuales de género siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo. Las expectativas sociales derivadas de una concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que muchas mujeres accedan a los deseos del varón en sus encuentros sexuales, incluso cuando ello implique adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su salud⁸⁻¹¹. Según los resultados de un estudio europeo, a pesar del aumento relativo en los últimos años del contagio de sida por vía heterosexual, un patrón que afecta particularmente a las mujeres, éstas no se consideran en riesgo de contraer la infección^{4,11}.

El precio que se está cobrando el VIH/sida en muchos hogares es muy alto: pérdida de ingresos, gastos adicionales en relación con la asistencia, o desestructuración familiar^{1,12}. Las mujeres son las cuidadoras de la familia y hacen frente a la infección y la enfermedad del marido y los hijos, si llega el caso, además de a su propia infección o enfermedad^{1,10}. Según ONUSIDA, hay 14 millones de niños con sida en el mundo, la mayoría de ellos, huérfanos, lo que supone una pérdida del sector potencialmente activo de la población en los países más afectados¹.

El presente trabajo, mediante la revisión bibliográfica de libros, actas de congresos y artículos pertinentes a este tema publicados en los últimos 5 años, seleccionados a partir de las bases de datos MEDLINE, PROQUEST y Cochrane, se plantea los objetivos de identificar los factores biológicos y sociales que influyen, desde una perspectiva de género, en la vulnerabilidad para contraer la infección; identificar las diferencias de género desde los servicios sanitarios que están relacionadas con la enfermedad y la infección, y estudiar, desde una perspectiva de género, las iniciativas que se establecen para controlar la epidemia.

Se toma como referencia la situación del mundo occidental (Europa y Estados Unidos), por su patrón epidemiológico y cultural y por la disponibilidad de los trabajos publicados, pero este artículo se centra en la situación española.

Diferencias de género en los factores biológicos y sociales que influyen en la vulnerabilidad para contraer la infección

La expansión de la epidemia ha producido un giro hacia la transmisión heterosexual y las tasas de infección en las mujeres^{1,3,4}. Pero más allá de las estadísticas disponibles, hay profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes de la infección por el VIH/sida y sus consecuencias, que reflejan las diferencias biológicas, de comportamiento sexual, de actitudes y presión social, y de poder económico que influyen en la vulnerabilidad a la infección^{1,4,8,10}. A continuación se revisan varios de estos factores.

Factores biológicos

Ciertos factores biológicos que aumentan la transmisión del VIH están bien documentados. Por ejemplo, se sabe que la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta la transmisión del VIH, que las diferencias anatómicas e histológicas de la mujer la hacen más susceptible a la infección y que el riesgo de transmisión varía según el estadio de la enfermedad en los hombres y las mujeres^{1,8,9,11}.

Según algunos estudios, hay un mayor riesgo de contagio del VIH de varón a mujer, posiblemente porque el semen depositado en la vagina permanece más tiempo en contacto que la secreción vaginal en la uretra del varón, por la mayor superficie de la mucosa vaginal y por la mayor concentración de partículas virales en el semen comparado con el fluido vaginal^{11,13}. Otros estudios señalan que no hay diferencias significativas en las tasas de transmisión del VIH para hombres y mujeres y la sitúan en torno a 12 infecciones por 100 personas-año^{12,14}.

El riesgo de transmisión varía con el estadio de la enfermedad y los valores plasmáticos de ARN. Hay datos que sugieren una posible diferencia 5 veces mayor en la tasa de transmisión varón-mujer que en sentido contrario en la fase asintomática de la enfermedad. Sin embargo, no se aprecian diferencias en la capacidad de transmisión entre hombres y mujeres en la fase sintomática de la enfermedad¹⁴.

Hay otros factores que podrían aumentar la transmisión, aunque de momento no han sido totalmente in-

vestigados o no se han encontrado resultados concluyentes, como el uso de anticonceptivos hormonales, la ectopia cervical, el inicio temprano de relaciones sexuales, las relaciones tras la menopausia, la mutilación genital o las prácticas de sexo seco⁸⁻¹⁰.

Factores sociales

Si bien hasta hace pocos años los roles sexuales tradicionales censuraban una sexualidad femenina que fuera más allá de la función reproductiva, hoy día las transformaciones sociales y la generalización de los métodos anticonceptivos permiten a las mujeres diferenciar la reproducción y la sexualidad⁴, y los avances en la igualdad de género en las relaciones de pareja han traído grandes cambios en los hábitos sexuales y reproductivos de la población^{4,10,11,15,16}. En España, en las últimas décadas han disminuido las tasas de matrimonio y fecundidad, han aumentado las tasas de divorcios, las interrupciones voluntarias del embarazo y la edad del primer embarazo⁴. Aun así, hay una serie de condicionamientos sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades, gustos y preferencias sexuales y que antepongan el amor romántico y la entrega incondicional a la pareja a la protección y el cuidado de su propia salud^{4,17,18}.

Otro aspecto importante a considerar es el promedio de parejas sexuales en hombres y mujeres. En varios países europeos los hombres presentan una media superior a la de las mujeres y éstas suelen tener parejas sexuales más estables, frente a una mayor frecuencia de relaciones esporádicas entre los hombres⁴. Los hombres españoles tienen una media de 7,6 parejas durante de su vida, frente a las 3,3 parejas que registran las mujeres¹⁹.

En España la edad media de inicio de la actividad sexual con coito se sitúa alrededor de los 18 años¹⁹. Hay estudios más recientes que sugieren indirectamente que en la actualidad es algo inferior y que las mujeres suelen ser menos precoces que los hombres¹⁷.

El uso correcto y consistente del condón es una medida muy efectiva para la prevención de embarazos y de las ITS^{1,8,9}. A pesar de sus muchas ventajas (ausencia de sofisticación, bajo precio, facilidad de distribución) tiene una notable limitación, al estar su uso influido por cuestiones sociales y culturales que dan su control al hombre^{2,4,9}.

El condón es el método anticonceptivo más utilizado por los españoles entre 16 y 55 años de edad (56%)¹³. En España un tercio de los jóvenes que ha tenido relaciones con penetración no utilizaron condón en ninguna de sus 3 últimas relaciones sexuales¹⁷. Su uso está más relacionado con la evitación de embarazos que con la prevención de infecciones¹⁷⁻¹⁹.

Aunque hay situaciones comunes a ambos sexos que limitan el uso del preservativo, como el alcohol o que la otra persona sea conocida, hay otras más propias de un determinado sexo. Así, «estar enamoradas» es una razón aducida por las chicas. Asimismo, cuando una relación se estabiliza, las parejas tienden a dejar de utilizar el preservativo, al interpretar su uso como un elemento de desconfianza en la relación¹⁸.

Aun en situaciones reconocidas como de mayor riesgo, su uso es limitado; tan sólo el 45% de las personas heterosexuales que habían acudido a un centro sanitario específico para ITS en Madrid utilizaba siempre el preservativo con una pareja ocasional y el 36% con su pareja estable. Entre las mujeres que son parejas sexuales de hombres seropositivos, sólo un 17% lo utilizaba de forma sistemática²⁰.

Los factores de desigualdad que intervienen en los encuentros afectivos y sexuales se intensifican en los contextos de exclusión social y/o pobreza^{1,2,9,15,16}. Debido a las desigualdades de oportunidades en el mercado laboral, una vía alternativa para muchas mujeres es la prostitución o el trabajo sexual. Sin entrar en el análisis de su definición, el hecho de intercambiar sexo por dinero, regalos, favores, seguridad o para pagar droga y deudas contraídas con las redes organizadas de tráfico de mujeres y de inmigración ilegal pone a las mujeres en un riesgo especial de adquirir la infección por el VIH o por otras ITS^{1,10,21}.

Las mujeres jóvenes en riesgo de exclusión social son especialmente vulnerables a las ITS y a tener embarazos no deseados como resultado de las presiones sociales, económicas y de género a las que tienen que hacer frente en sus encuentros sexuales¹. Junto a los factores de riesgo asociados a la juventud, han de afrontar otros factores adicionales de vulnerabilidad, como la falta de educación o la falta de apoyo familiar y social, que puede privarlas de un apoyo afectivo esencial a la hora de prevenir las prácticas de riesgo²¹⁻²³.

Los conocimientos y la percepción de riesgo sobre el VIH/sida son prerequisites importantes para el cambio de comportamiento, pero son insuficientes. Algunos factores, como conocer a alguien con sida, la auto-percepción de riesgo, la consideración de riesgo de la propia pareja o la confianza en las medidas preventivas, son tan importantes como el acceso a las medidas preventivas (p. ej., condones o tratamiento de ITS), las normas sociales sobre la mujer que busca este tipo de medidas y el control que uno pueda tener sobre las decisiones de protección^{11,24-26}.

Los aspectos relacionados con la capacidad individual (como la percepción del rol sexual, la confianza en las propias habilidades, la independencia económica, las experiencias de violencia, la influencia de los hijos, el apoyo social y las normas sociales) influyen en las habilidades y estrategias para reducir los riesgos^{11,24-26}.

Diferencias de género relacionadas con la enfermedad en el ámbito de los servicios sanitarios

Uso de servicios

Hay varios estudios que analizan el uso de los servicios de salud en relación con la infección por el VIH/sida y si existen o no diferencias entre los hombres y las mujeres^{6,8,9,25,27,28-30}. En Estados Unidos, las mujeres diagnosticadas de sida y que han accedido al sistema sanitario reciben menos cuidados que los hombres; las mujeres UDVP con sida reciben menos cuidados que los hombres en igual situación; las mujeres asintomáticas infectadas por el VIH reciben tratamiento con Zidovudina (AZT) menos frecuentemente que los hombres, y los hombres UDVP con sida se hospitalizan un 20% más que las mujeres del mismo grupo^{25,27}.

En España, un estudio que valora las diferencias de utilización de los servicios sanitarios para una cohorte de UDVP infectados por el VIH concluye que no hay diferencias relevantes por sexos en el cuidado de la enfermedad. Sin embargo, sí se observa una mayor tasa, por razones no aclaradas, de ingresos de mujeres después de iniciado el tratamiento²⁸.

También en España un estudio constata que las mujeres jóvenes acuden menos que los hombres a realizarse la prueba del VIH, quizá por las dificultades de acceso o por no plantearse la posibilidad de estar en riesgo²⁹. Sin embargo, otro estudio posterior informa que las mujeres presentan con menor frecuencia que los hombres diagnósticos tardíos de VIH y lo relacionan con la mayor utilización de servicios sanitarios por distintos motivos⁶.

El comportamiento de las mujeres para buscar atención sanitaria de las ITS está influido por una serie de factores; la sintomatología (dolor abdominal y flujo) puede ser inespecífica o pasar desapercibida o no considerarse lo suficientemente importante como para buscar tratamiento. También hay barreras de acceso como, por ejemplo, la vergüenza en los jóvenes o la distancia al servicio en los países pobres^{8,27,30}.

Registro de la infección y la enfermedad

El registro epidemiológico del VIH/sida y las ITS ofrece limitaciones importantes para un estudio adecuado de la enfermedad y la infección atendiendo a la variable sexo. Existe un centro para la vigilancia epidemiológica del VIH/sida en la Región Europea de la OMS. Se nutre de los datos enviados por los organismos nacionales responsables pero no todos los países tienen registros sistemáticos de VIH/sida³. En España, la notificación sistemática de casos de sida y muertes por esta causa se realiza desde el inicio de la epidemia a

través de un sistema de vigilancia dependiente del Plan Nacional del sida⁷. Aun así, los registros existentes no facilitan un cuadro exacto sobre la incidencia de infección, aunque permiten una visión de la tendencia de la enfermedad a través de los datos que sí se registran o de extrapolaciones de estudios limitados^{6,31,32}. No siempre la información aparece desagregada por sexos y de acuerdo a los distintos perfiles sociodemográficos de la población afectada, con el fin de poder tener un conocimiento preciso que permita adecuar las actividades preventivas, los servicios sanitarios y sociales y evaluar las intervenciones^{4,7,33,34}. Los registros de ITS tienen en Europa y España, además de los problemas enunciados para el VIH, una gran subnotificación y limitación al no incluir todas las enfermedades que deberían declararse⁴.

La atención a la mujer embarazada

La atención de la mujer embarazada con VIH positivo tiene 2 objetivos: tratar a la mujer, independientemente de su embarazo, y evitar la transmisión vertical. A comienzos de los noventa, las mujeres infectadas por el VIH evitaban el embarazo o eran persuadidas para interrumpirlo, ya que se pensaba que el pronóstico para ellas y para su futuro hijo era malo. Ahora se sabe que la infección no parece afectar a la fertilidad, el embarazo no acelera el proceso de la enfermedad y la probabilidad de transmisión vertical se reduce hasta un 2% con medidas preventivas (supresión de la lactancia materna, nacimiento por cesárea, tratamiento con HAART, etc.)^{9,34-36}.

Conocer la prevalencia de la infección por el VIH en las mujeres embarazadas y en los neonatos mediante pruebas anónimas es muy útil para planificar estrategias e intervenciones de salud pública, ya que es una estimación de la prevalencia en la población general. Además, tiene implicaciones directas para la madre (interrumpir o continuar el embarazo) y para el hijo (dependiendo de que se instaure o no tratamiento)^{4,29,36-38}.

Según diferentes estudios, las tasas de infección en España de las mujeres embarazadas son las más altas de Europa (2,61/1.000 nacidos vivos en 1992-1993)^{33,39}. Además, para otros autores, buen número de las mujeres desconocen estar infectadas antes del parto³⁷.

En España se ofrece a todas las embarazadas el diagnóstico del VIH y el tratamiento oportuno a través de los respectivos servicios autonómicos del Sistema Nacional de Salud³⁸.

La investigación médica

Respecto a la investigación de la infección, la enfermedad y su tratamiento, las mujeres no están bien representadas en los estudios o ensayos clínicos, tanto

los relacionados con el VIH/sida como con otras patologías. Las razones han sido evitar los posibles daños al feto, en caso de quedar embarazadas, y que en las primeras etapas de la enfermedad muchas mujeres afectadas eran UDVP y se las excluía suponiendo su bajo cumplimiento con los protocolos del estudio. Progresivamente, a medida que más mujeres están infectadas, su participación es mayor. Además, si el investigador principal del ensayo clínico es mujer, la participación de mujeres en el estudio es 2 veces mayor que cuando es un hombre^{9,14}.

Sigue siendo necesario hacer investigaciones específicas en mujeres y sobre los aspectos relacionados con el género^{17,40-42}. No deberían seguir extrapolándose los resultados de estudios realizados en hombres para orientar las intervenciones en mujeres. Hay que promover estudios que permitan conocer las dificultades y barreras adicionales que han de afrontar las mujeres afectadas directa o indirectamente por el VIH/sida. Todas estas investigaciones resultan esenciales tanto para la provisión de servicios y tratamiento como para el diseño de programas en el ámbito de la prevención^{9,12,40-42}.

La formación del personal sanitario

El personal sanitario que trabaja en la prevención y la promoción de la salud debe ser sensible a los factores adicionales de riesgo a las ITS, incluido el VIH/sida que afrontan las mujeres, para poder garantizar una atención más efectiva y adaptada a sus necesidades específicas. Para dar al personal sanitario una formación en género se precisa que los profesionales reflexionen sobre sus propias actitudes respecto a los roles de género y la sexualidad. También es necesario que estos profesionales sepan sensibilizar a la población sobre la importancia de una comunicación efectiva para promover unas prácticas sexuales más seguras^{2,4}. En España hay iniciativas en esta línea a cargo de la Secretaría del Plan Nacional del sida y del Instituto de la Mujer⁴³. En algunos países europeos ya se ha introducido en el currículo de las facultades de medicina algunos aspectos de la prevención de ITS desde una perspectiva de género, una iniciativa que habría que promocionar en todas las especialidades médicas^{11,44}.

El enfoque de género en las iniciativas para la prevención del VIH/sida

Las actuales medidas para la prevención del VIH/sida incorporan distintas combinaciones de cambio de comportamiento, diagnóstico precoz, promoción

de métodos de barrera y tratamiento de otras ITS. Se sigue haciendo hincapié en adquirir información sobre la infección y la enfermedad y en la promoción del preservativo masculino, e indirectamente, de la monogamia^{1,2,7,45,46}.

Existen muchos estudios que demuestran que la mayoría de la población en los países desarrollados (jóvenes, homosexuales, mujeres) tienen al menos conocimientos básicos sobre el VIH/sida, aunque hay evidencias de que ello no es suficiente para la práctica de hábitos seguros²⁵. En los países pobres falta información en muchos casos^{1,45,47}. Otros ensayos han puesto de manifiesto que se sigue echando en falta una educación sexual integral que incluya ciertos aspectos, como las emociones, la violencia, la autoestima, etc., y sería necesario que las campañas de información y formación sobre la prevención de ITS partan de una visión integral de la salud^{15,16,44}.

La promoción del uso del condón es el componente esencial de las estrategias desarrolladas para la prevención del sida^{1,2,7,12,23,46,48}. Sin embargo, su uso, aunque cada vez más frecuente, no suele ser consistente^{1,17}. Además, se asocia con la falta de confianza y de amor en la pareja, por lo que se usa con cierta regularidad con parejas ocasionales pero no con la habitual^{1,18}.

Las dificultades que hallan muchas mujeres a la hora de negociar el uso del condón han llevado a que en los últimos años se trate de promocionar el preservativo femenino como método de barrera alternativo^{1,10,40}. ONU-SIDA promueve su utilización como un recurso efectivo que dota a las mujeres de un mayor control en sus encuentros sexuales, y ha dado buenos resultados en algunos países africanos^{1,47}. Sin embargo, a pesar de su disponibilidad y el fácil acceso en muchos países, su impacto ha sido reducido^{47,49}. En España, a pesar de que inicialmente se pusieron en marcha campañas de distribución, su elevado coste, la falta de distribuidores comerciales y la escasa demanda generada han restringido su uso generalizado⁴.

Gran parte de las campañas preventivas han estado y están basadas en limitar las relaciones sexuales a la pareja habitual. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades la monogamia es en la práctica poco frecuente y, por tanto, no es una medida preventiva eficaz contra la infección^{1,9,10,46}.

El papel del tratamiento correcto y temprano de las ITS en relación con el VIH está bien documentado, aunque también un reciente estudio refiere una evidencia limitada, a partir de revisiones y ensayos controlados, del control de las ITS como prevención efectiva del VIH⁵⁰.

Adquirir o evitar una infección por el VIH u otra ITS es más complejo para las mujeres que para los hombres. Las circunstancias en que las mujeres tienen relaciones sexuales varía según su propio contexto: cultural, estado socioeconómico, edad, preferencia sexual, entorno rural o urbano, país desarrollado o no desa-

rollado, religión, y según su propia relación de pareja. Ciertas características, como el sexo de su pareja, la duración de la relación (casual o estable), los motivos de ésta (amor, dinero, protección, drogas), el deseo de tener hijos, la elección del método anticonceptivo, la naturaleza y las circunstancias del acto sexual (planificado o no, consentido o con violencia), afectan a las decisiones y habilidades para protegerse de la infección^{1,2,4,9,10,22,23,30,40,42,46,52}.

La importancia de esta realidad se refleja en que entre las prioridades mundiales para la lucha contra la epidemia del sida, adoptadas por unanimidad en la Asamblea General Extraordinaria de las Naciones Unidas en junio de 2001, conste «dar poder de decisión a las mujeres como elemento esencial de la reducción de la vulnerabilidad al VIH»^{1,2,12}.

En España, a partir de 1990 la prevención se instaura como el principal instrumento para la lucha contra la epidemia del sida^{38,51}. El nuevo modelo se basa en la provisión de una información adecuada sobre las vías de transmisión y las formas de prevención para que la población general conozca cuáles son las prácticas de riesgo y trate de evitarlas adoptando alternativas más seguras^{38,46,51,53}. Sólo recientemente los programas y actividades del VIH/sida han comenzado a abordar de forma específica a las mujeres.

Según los resultados de una investigación cualitativa realizada en España, la experiencia en estos ámbitos es aún reciente y limitada, pues las mujeres de la población general no son consideradas como grupo prioritario^{4,11}. Aun así, algunas organizaciones han comenzado a introducir una perspectiva de género en sus intervenciones preventivas y a realizar actividades concretas con mujeres. Según su experiencia, las claves para el éxito en la prevención del VIH/sida entre mujeres se resumen en una serie de estrategias que se recogen en la tabla 1^{4,11}.

Tabla 1. Claves para el éxito en la prevención del VIH/sida

| |
|--|
| Tratar la sexualidad femenina como un aspecto esencial previo al abordaje de otros temas más específicos vinculados a la infección |
| Abordar el conjunto de normas, valores y creencias vinculados a la sexualidad y a las relaciones de pareja |
| Aprovechar el papel socializador que la mujer asume dentro de la familia como agente multiplicador con su pareja e hijos |
| Abordar la sensibilización y la formación en género de los profesionales que atienden a las mujeres |
| Implicar a los hombres en las actividades |
| Asegurar la sostenibilidad de las intervenciones a medio-largo plazo |
| Asegurar una mayor coordinación entre las distintas organizaciones implicadas |

Conclusiones

La revisión de artículos seleccionados sobre la vulnerabilidad al VIH/sida en relación con el género muestra que hay factores biológicos y sociales que favorecen la transmisión del VIH y la adquisición de la enfermedad en las mujeres; entre ellos destacan las diferencias anatómicas, el estadio de la enfermedad, la presencia de otras ITS, la naturaleza y la frecuencia de las relaciones sexuales, la desigualdad social y la pobreza, y la falta de percepción de riesgo a la infección. Reconocer la influencia de estos factores es vital para sentar las bases de un control efectivo de la infección, pues la incorporación de una perspectiva de género en la prevención del VIH/sida constituye uno de los grandes retos actuales.

La revisión desde un enfoque de género de la atención a la infección y a la enfermedad desde los servicios sanitarios muestra que existen diferencias según el sexo en la atención que buscan y reciben los pacientes. Los registros epidemiológicos de la infección y la enfermedad no recogen datos importantes desagregados por sexos, y en los estudios de investigación sobre la enfermedad y su tratamiento las mujeres no están bien representadas.

La revisión sobre las medidas preventivas para paliar la epidemia muestra que éstas se basan en fomentar el sexo seguro, facilitar el diagnóstico precoz de la infección y en adquirir información sobre la enfermedad. Estas iniciativas, aunque útiles, no tienen en cuenta el desigual equilibrio de género que impide o dificulta que las mujeres puedan llevar a la práctica la mayoría de las opciones preventivas que se manejan por parte de los responsables sanitarios o que se ofrecen en las consultas. Las políticas y los programas preventivos deberían partir de una perspectiva de género para abordar las necesidades particulares de las mujeres y considerar su especial vulnerabilidad a la infección.

Agradecimientos

A María Ramos y Cecilia Escudero, por la lectura crítica del último borrador y sus útiles comentarios. A Andrée de Manuel, por su ayuda en la búsqueda y cita de referencias.

Bibliografía

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneve: UNAIDS; 2002.
2. WHO. XIV International AIDS conference: Knowledge and commitment for action. Abstract Book Vol. I & II. Barcelona: WHO; 2002.
3. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, HIV/AIDS Surveillance in Europe (Mid year reports, n.º 64-66), Saint Maurice: Eurohiv, France; 2001.
4. García-Sánchez, Pinzón-Pulido, Rivadeneyra, editores. Sida y mujer, buenas prácticas en prevención. Granada: Monografías EASP; 2002. p. 36.
5. Castilla J, De la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de casos de sida en España: 1980-1998. *Med Clin (Barc)* 2000;115:85-9.
6. Castilla J, Noguer I, Belza JM, Del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? *Aten Primaria* 2002;29:20-5.
7. Secretaría del Plan Nacional sobre sida. Registros autonómicos de casos de sida. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Balance de la Epidemia a 31 de diciembre de 2001. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2001.
8. Kamb M, Wortley P. Human immunodeficiency virus and AIDS in women. En: *Women and health*. London: Academic Press; 2000.
9. Shah R, Bradbeer C. Women and HIV revisited ten years on. *Int J STDs & AIDS* 2000;11:277-83.
10. Adbool Karim Q, Stein ZA. Women and HIV/AIDS: a global perspective. En: *Women and health*. London: Academic Press; 2000.
11. García-Sánchez, Van Mens, editores. Best practices in HIV & STIs prevention for women in western Europe. Utrech: Platjijn Casparie; 2003.
12. 2003 ICASO (Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en sida). Actualización sobre la declaración de compromiso de la UNGASS sobre VIH/sida, de junio de 2001. Toronto: ICASO; 2002.
13. Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M, Arici C, Gavazzeni G, Lazzarin A. The efficiency of male to female and female to male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: study of 730 stable couples. *Epidemiology* 1994;5:570-5.
14. Coombs R, Reichelderfer P, Landay A. Recent observations on HIV type-1 infection in the genital tract of men and women. *AIDS* 2003;17:455-80.
15. Parlamento Europeo. Informe sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia. Final A5-0223/2002. RR/471232ES.doc. Comisión de Derechos de la Mujer e igualdad de oportunidades. Bruselas: Parlamento Europeo; 2002.
16. Federación de Planificación Familiar de España. Conclusiones del IV Seminario internacional sobre la salud de las mujeres y la cooperación al desarrollo. Madrid: Federación de Planificación Familiar; 2000.
17. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y juventud. Madrid: Consejo de la Juventud; 2002.
18. Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit* 2002;16:298-307.
19. Durex 2000. Global Survey into sexual attitudes and behaviour. Datos específicos para España [consultado 08/2001]. Disponible en: <http://www.durex.com/Espana/global/index.htm>
20. Del Romero J. Conductas de riesgo y prevalencia del VIH en usuarios del Centro Sanitario Sandoval. En: Usieto R, editor. *Sida: hacia un tratamiento integral médico, biológico y social*. Madrid: Ediciones Centro de Estudios Sociales Aplicados CESA; 2001.
21. Shevitz A, Pagano M, Chiasson M, Mueller N, Thomas P. The association between youth, women, and acquired immunodeficiency syndrome. *J Acquir Immune Syndr Hum Retroviro* 1996;13:427-33.
22. UNFPA. Preventing Infection, Promoting Reproductive Health. UNFPA's Response to HIV/AIDS. New York: UNFPA; 2001.
23. UNAIDS. Impact of HIV and Sexual Education on the Sexual Behaviour of Young People. A Review Update. (UNAIDS Best Practice Collection). Geneve: UNAIDS; 1997.
24. Cu-Uvin S, Flanigan T, Rich J, Mileno M, Mayer K, Carpenter C. Human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome among North American women. *Am J Med* 1996;101:316-22.
25. Davidson A, Bertram S, Lezotte D, Marine W, Rietmeijer C, Hagglund B, et al. Comparison of health status, socio-economic characteristics, and knowledge and use of HIV-related resources between HIV-infected women and men. *Am J Public Health* 1998;36:1676-84.
26. FHI (Family Health International). Making prevention work. Global lessons learned from the AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project 1991-1997 (FHI. Model Interventions, The AIDSCAP Women's Initiative). Durham: Family Health International; 1999.
27. Hellinger F. The use of health services by women with HIV infection. *Health Serv Res* 1993;28:543-54.
28. García de la Hera M, Ruiz I, Pérez-Hoyos S, Hernández I. Utilización de servicios sanitarios según el sexo en una cohorte de usuarios de drogas por vía parenteral infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 2003;120:489-93.
29. Blanch Mur C, Vall Mayans M, Casabona Barberá J, grupo VIHDEVO. Infección por el VIH en los centros alternativos para la detección voluntaria de los anticuerpos anti-VIH en Cataluña 1995-1996. *Aten Primaria* 1998;22:21-6.
30. OPS (Organización Panamericana de la salud). Salud sexual y reproductiva. (Comunicación para la salud N.º 8). Washington DC: OPS; 1995.
31. Almeda-Ortega J, Arnaud J, Calancha A, Casaboná J, Barabio S, Novo R, et al. Seroprevalencia del VIH en mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo en Cataluña. Integración en el sistema de vigilancia epidemiológica de la infección por VIH. *SESIDA* 2001;12:248-51.
32. Casabona i Barbará J. La monitorización de la epidemia VIH/sida mediante poblaciones centinela: aplicaciones y limitaciones. *SESIDA* 2001;12:193-6.
33. Law Mm Downs A, Brunet JB, Kaldor JM. Time trends in HIV infection among pregnant women in Europe. *AIDS* 1998;12:211-5.
34. Thomas Mulet V. Actualizaciones clínicas en sida. *Aten Primaria* 2002;29:305-11.
35. Thorne C, Newell ML, Gray L, Fiore S, Peckham C. HIV-infected pregnant women and vertical transmission in Europe since 1986. *AIDS* 2001;15:761-70.
36. Murphi RL, Gazzard B. European guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults in Europe. *AIDS* 2003;17(Suppl 2):S1.
37. Alcalde Encinas MM, Moreno S, Piñera P, García Henarejos JA, García García J, Martínez Madrid OJ. Embarazo e infección por VIH: necesidad de la evaluación serológica rutinaria. *Rev Clin Esp* 1999;569-72.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Infección por VIH y sida en España. Plan de movilización multisectorial frente al VIH/sida 2001-2005. Madrid: Secretaría General Técnica, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

39. Vall-Mayans M, Maya A, Matas L, Casaboná J, y Grupo VIH-NADO. Prevalencia de la infección materna por el VIH en Cataluña 1994: resultados del cribado neonatal anónimo no relacionado. *Med Clin (Barc)* 1998;110:128-31.
 40. Stein Z, Susser M. Prevention of HIV, other sexually transmitted diseases, and unwanted pregnancy. Testing physical barriers available to women. *Am J Public Health* 1998;88:872-4.
 41. Zablotsky D, Kennedy M. Risk Factors and HIV transmission to midlife and older women: knowledge, options and the initiation of safer sexual practices. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33:122-30.
 42. UNAIDS. Gender and HIV/AIDS: Taking stock of Research and Programmes (UNAIDS Best Practice Collection). Geneva: UNAIDS; 1999.
 43. Velasco Arias S. La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2000.
 44. PHASE project: Women Network: prevention of HIV, AIDS and STD's in Europe [consultado 22/10/2002]. Disponible en: <http://www.phase-network.org>
 45. Commonwealth Secretariat. Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: taking a multisectorial approach. London: Commonwealth Secretariat; 2002.
 46. Baroja-Benlliure J. Las políticas de prevención sobre VIH/sida en España. En: Inventario y análisis comparativo de las políticas de prevención estatales sobre VIH/sida en Europa. Luxemburgo: Comisión Europea. Act N.º SOC98 291684 05F04.
 47. Hart GJ, Pool R, Green G, Harrison S, Nyanzi S, Whitworth JA. Women's attitudes to condoms and female-controlled means of protection against HIV and STDs in Southern Uganda. *AIDS Care* 1999;6:687-98.
 48. WHO. Gender and health: technical paper. Geneva: WHO; 1998.
 49. Warren M. Expanding safer sex options: the female condom and the case for additional prevention methods. *SESIDA* 2001;12:179-83.
 50. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. En: *The Cochrane Library*. Oxford: Update software; 2003.
 51. Parras F. Sida en España: estrategias futuras (1998-2000). *SESIDA* 1998;9:141-3.
 52. Van Mens L, García-Sánchez I, De Schutter M, Pinzón-Pulido S, editors. Prevention of HIV and STIs among Women in Europe. Utrecht: Plantijn Casparie; 2002.
 53. Suárez-Lozano I, Fajardo J, Garrido M, et al. Epidemiological trends of HIV infection in Spain: preventative plans have to be oriented to new target populations (Spanish VACH cohort). *AIDS* 2002;16:2496-9.
-